

CANCER DU SILLON PELVI-LINGUAL

ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

(Travail du Service de Stomatologie du Centre Anti.Cancéreux de Marseille)

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 8 Mai 1947

PAR

Pierre VIDAL

Né le 24 Septembre 1923 à Aix-en-Provence

Chirurgien-Dentiste — Diplômé d'Hygiène

Croix de Guerre

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	M. le Doyen CORNIL	Président
		Pr. BRÉMOND	{ Assesseurs
		Pr. BELTRAMI	
		Dr. GRETHIER	

M. LECONTE, Imprimeur-Editeur
98, COURS LIEUTAUD
MARSEILLE

CANCER DU SILLON PELVI-LINGUAL

ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

(Travail du Service de Stomatologie du Centre Anti Cancéreux de Marseille)

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No

CANCER DU SILLON PELVI-LINGUAL

ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

(Travail du Service de Stomatologie du Centre Anti-Cancéreux de Marseille)

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 8 Mai 1947

PAR

Pierre VIDAL

Né le 24 Septembre 1923 à Aix-en-Provence

*Chirurgien-Dentiste — Diplômé d'Hygiène
Croix de Guerre*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

M. le Doyen CORNIL

Président

Pr. BRÉMOND

Pr. BELTRAMI

Dr. GRETHER

Assesseurs

M. LECONTE, Imprimeur-Editeur
98, COURS LIEUTAUD
MARSEILLE

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : J. ROCHE

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. MOITESSIER,
GAUJOUX, COTTE, AUBARET, AUDIBERT, JOYEUX

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mlle PERRIN



Professeurs

Anatomie	SALMON
Anatomie Pathologique et Médecine Expérimentale	CORNIL
Bactériologie	POURSINES
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	ROCHE
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Exotique	HECKENROTH
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	OLMER
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique des Maladies des Voies digestives et de la Nutrition	MONGE
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Médicale Thérapeutique	POINSON
Clinique Obstétricale et Gynécologique	VAYSSIÈRE
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène Générale et Coloniale	VIOLE
Médecine Légale	MOSINGER
Parasitologie	SAUTET
Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE
Pharmacodynamie et Matière Médicale	MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MORIN
Physique	DUBOULOZ
Professeur sans chaire	BELTRAMI
Professeur sans chaire	BALANSARD
Professeur sans chaire	PIERI
Professeur sans chaire	ARNOUX
Professeur sans chaire	DELPHAUT

Chargés de Cours

Clinique Dermatologique	VIGNE
Clinique de la Tuberculose	BERTHIER

Agrégés en exercice

MM. BRAHIC	MM. GRISOLI
FIGARELLA	HENRY
AUDIER	JOUE
CHOSSON	LAMY
DOR	LENA
IMBERT	J. OLMER
PAILLAS	PICARD
RECORDIER	RANQUE
DERRIEN	VAGUE

Chargés des fonctions d'Agrégés

Physiologie	DONNET
-------------------	--------

Enseignements complémentaires

Anatomie Descriptive	DALMAS
Anatomie Médico-Chirurgicale	BOURRET
Anatomie Générale	JULLIEN
Chimie Minérale	ARNOUX
Chimie Organique	DUMAZERT
Clinique Chirurgicale Infantile	IMBERT
Clinique Orthopédique	SALMON
Cryptogamie	PELISSIER
Embryologie	ROMIEU
Hygiène et Clinique de la première enfance	BERNARD
Médecine Opératoire	LENA
Clinique Neuro-Chirurgicale	PAILLAS
Neuro-Psychiatrie	CREMIEUX
Obstétrique	CHOSSON
Pathologie Chirurgicale	LAMY
Pathologie des Vieillards	RAYBAUD
Pharmacodynamie (Pharmacie)	DELPHAUT
Propédeutique Chirurgicale	LUCCIONI
Physique Biologique	ROUX
Psychiatrie	ALLIEZ
Radiologie Clinique	MATTEI
Toxicologie	GUILLOT

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MA FEMME

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GAUJOUX
Professeur Honoraire de Clinique Médicale
Commandeur de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

qui a reporté sur nous la profonde
amitié qui le lie à notre père et a droit,
depuis tant d'années, à toute notre
reconnaissante affection et à notre
respect.

AU DOCTEUR A. GRETHER

*Professeur à l'Ecole Dentaire de Marseille
Stomatologiste du Centre Régional Anticancéreux*

qui a su guider ce travail avec l'autorité d'un Maître et l'affectueuse sollicitude d'un ami.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. CORNIL

Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille

Professeur d'Anatomie Pathologique

et de Médecine Expérimentale

Directeur du Centre Régional Anticancéreux de Marseille

Membre du Comité Consultatif de l'Enseignement Supérieur

Membre du Conseil Supérieur de l'Education Nationale

Chevalier de la Légion d'Honneur - Croix de Guerre

qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. BREMOND

*Professeur de la Faculté de Médecine
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur - Croix de Guerre*

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. BELTRAMI.

*Professeur de la Faculté de Médecine
Docteur en Droit
Fondateur et Directeur de l'Ecole Dentaire de Marseille
Chevalier de la Légion d'Honneur*

à qui nous exprimons toute notre
reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

A MES MAITRES DE L'ECOLE DENTAIRE

I. — INTRODUCTION ET POSITION DU SUJET

Durant le cours de nos études médicales, nous avons été amené à remarquer la fréquence relativement importante des épithéliomas de la région mandibulaire désignés par l'appellation un peu trop générale d'épithéliomas du maxillaire inférieur.

Devant nous consacrer à la stomatologie, par goût professionnel et par filiation paternelle, nous avons voulu approfondir cette question des cancers de la mandibule et nous avons été frappés de prime abord par le fait que le terme « épithélioma » s'appliquant, comme son nom l'indique, à une cancérisation du revêtement muqueux, ne pouvait de toute évidence s'appliquer au maxillaire inférieur qui est un os.

C'était donc que l'on entendait, par épithélioma du maxillaire inférieur, le processus de cancérisation atteignant l'ensemble anatomique formé par l'os et sa muqueuse de revêtement, voire même le pli de réflexion des muqueuses buccale et génienne.

Il s'agit donc, en vérité, d'épithéliomas à point de départ muqueux et à extension osseuse secondaire.

Quels sont ces points de départ ?

Nous avons à considérer :

D'une part, la muqueuse gingivale qui recouvre de façon intime l'os maxillaire inférieur :

D'autre part, les plis de réflexion de la muqueuse buccale qui se situent, soit sur le versant externe de la mandibule : *sillon gingivo-jugal*, soit sur le versant interne de ce même os : *sillon gingivo-lingual* où, mieux encore, comme il nous paraît logique de l'appeler en raison des sangles musculaires sous-jacentes : *sillon pelvi-lingual*.

L'étude d'ensemble de ces différents points de départ nous paraissant être d'une importance dépassant largement le cadre d'un sujet que nous avons voulu borner pour un travail inaugural, nous désirons la consacrer uniquement aux épithéliomas se développant au niveau du pli de réflexion de la muqueuse buccale sur le versant interne du maxillaire inférieur, c'est-à-dire aux épithéliomas ayant leur point de départ dans le sillon pelvi-lingual.

Nous avons pensé que cette étude serait d'un intérêt particulier en nous plaçant aux divers points de vue anatomique, clinique et thérapeutique.

1) *Anatomique.* — Etant donné la diversité des régions sous-jacentes et latérales à cette muqueuse, ainsi que l'importance des territoires lymphatiques et ganglionnaires qui lui sont annexés.

2) *Clinique.* — Etant donné la fréquence relative de ces cancers, leur malignité très grande et leur pronostic quasi fatal.

3) *Thérapeutique.* — Etant donné le nombre et la variété des moyens chirurgicaux et physiothérapiques mis à la disposition du chirurgien ou du spécialiste.

Nous nous proposons donc :

1° Après avoir limité notre sujet,

2° De faire un rappel anatomique de la région ;

3° De donner la statistique sur laquelle porte notre étude et de voir quel est le processus évolutif de ces lésions ;

4° D'en étudier les thérapeutiques ;

5° D'exposer la critique de ces moyens de lutte ;

6° Après avoir rapporté quelques observations types, tirées des dossiers du Centre Régional Anticancéreux de Marseille, de voir quel est le pronostic de cette terrible affection ;

7° D'en tirer nos conclusions.

II. — RAPPEL ANATOMIQUE

Le sillon pelvi-lingual : *ses rapports immédiats*
ses rapports à distance

Nous voulons appeler sillon pelvi-lingual la portion de la muqueuse de recouvrement du plancher buccal qui tombe immédiatement sous les yeux lorsqu'on fait ouvrir la bouche d'un sujet, la pointe de sa langue étant relevée vers le palais. On peut comparer cette région anatomique à un croissant posé à plat sur le plancher de la bouche dont il forme, en quelque sorte, le véritable toit.

Ce sillon est compris entre le fer à cheval mandibulaire, qui le délimite en avant et sur les côtés, et l'insertion de la langue, en arrière.

Formé par une muqueuse lisse, rosée, parcourue par de fines arborisations capillaires, épithélium de type malpighien comme toute la muqueuse buccale, ce sillon se continue :

a) *En dehors* : par la muqueuse gingivale, plus épaisse et plus fibreuse, véritable fibro-muqueuse adhérente à l'os ;

b) *En dedans* : par la muqueuse sub-linguale, plus fine et plus lâche.

L'intérêt de cette muqueuse réside dans ses importants rapports de voisinage qui sont, schématiquement :

En dehors : l'os maxillaire inférieur.

En dedans : la masse musculo-fibreuse linguale.

En dessous : le plancher buccal proprement dit.

I. — L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Gouttière de tissu osseux compact contenant du tissu osseux spongieux, le maxillaire inférieur entre au contact de la muqueuse pelvi-linguale sur le versant alvéolaire interne, par l'intermédiaire de l'épithélium gingival qui le recouvre intimement.

Ce point de détail est important. En effet, si dans les cancers à point de départ gingival l'os est atteint précocement, il n'en est pas de même lors des cancers pelvi-linguaux, où la barrière périostique n'est atteinte puis franchie qu'après que le processus de cancérisation ait occasionné des dégâts considérables dans d'autres régions plus propices à l'extension.

II. — LA LANGUE

Masse musculo fibreuse, mobile par sa pointe, elle est fixe et insérée par sa base sur le plancher de la bouche. Elle est recouverte sur sa face inférieure par la muqueuse sub-linguale, faisant suite en dedans à la muqueuse pelvi-linguale, qui forme sur sa partie médiane le frein de la langue flanqué à sa base des deux caroncules où viennent s'ouvrir les canaux de Wharton.

Sous les bords de la langue, la muqueuse sub-linguale est soulevée par les glandes sub-linguales et percée par ses fins canaux excréteurs, canaux de Walther et de Rivinus.

Nous pouvons noter dans cette masse linguale les formations anatomiques importantes suivantes :

— *L'artère linguale* : née de la carotide externe, elle arrive au bord antérieur du muscle basio-glosse, où elle donne ses deux branches terminales :

1) *Artère ranine*, grande responsable des hémorragies qui abrègent la vie, déjà si précaire, du cancéreux pelvi-lingual. Elle se dirige en haut et en avant vers la pointe de la langue.

2) *Artère sub-linguale*, se portant en avant, elle irrigue la glande sub-linguale, donne l'artère du filet, se divise derrière la symphyse en rameaux mentonnier et maxillaire, pénètre dans le corps de l'os entre les incisives centrales, s'anastomose avec son homonyme du côté opposé et avec la branche incisive de l'artère dentaire inférieure.

Au cours de son trajet, l'artère linguale a donné deux collatérales :

a) *Un rameau sus-hyoidien*;

b) *L'artère dorsale de la langue*, qui monte sur les parties latérales de la langue et vascularise sa base en arrière du V.

— *Les veines* : suivent les artères, formant le tronc de la veine linguale qui va se jeter dans la veine jugulaire interne.

— *Les vaisseaux lymphatiques* : nombreux dans cette région et précocement atteints par le processus cancéreux, ils sont classés en vaisseaux postérieurs, moyens, antérieurs et latéraux, suivant leur topographie linguale. Ils se rendent tous, par l'intermédiaire des ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires, aux collecteurs de la chaîne jugulaire interne, où l'on peut noter le volumineux ganglion de Kuttner.

— *Les nerfs moteurs* proviennent du nerf grand-hypoglosse, accessoirement du rameau lingual du nerf facial.

— *Les nerfs sensitifs* sont représentés par le nerf glosso-pharyngien, le nerf lingual et accessoirement le nerf laryngé supérieur.

III. — LE PLANCHER DE LA BOUCHE

Vaste région anatomique médiane et symétrique, fermant en bas la cavité buccale. Elle est limitée à sa partie inférieure par les muscles mylo-hyocidiens qui la sanglent, en arrière par le muscle hyo-glosse, soutenue par les deux arcs osseux maxillaire et hyoïdien, et comprenant dans ses éléments la masse musculaire linguale, telle est la conception de Testut et Jacob dans leur *Traité d'Anatomie*.

Nous préférons nous ranger à l'opinion de Patel et Creysel qui, en éliminant la langue, formation d'origine et de structure très différentes, disent que le plancher buccal est « l'ensemble des parties molles situées entre le maxillaire inférieur et l'os hyoïde, au-dessous de la muqueuse buccale, au-dessus du mylo-hyoïdien, en avant des muscles hyo-glosses qui le limitent en profondeur ».

Le plancher buccal ainsi défini est en somme, d'une façon plus pratique, ce que l'on peut pincer entre deux doigts, l'un extra buccal, l'autre intra buccal et reposant sur la muqueuse pelvi-linguale.

Ce plancher nous apparaît comme une loge très bien définie et nous lui considérerons très rapidement : un contenant et un contenu.

1° Le contenant :

a) *Le fond* : Il est formé par les deux muscles mylo-hyoïdiens qui, insérés d'une part sur l'os hyoïde, d'autre part sur la ligne oblique interne de la mandibule, se rejoignent sur la ligne médiane pour former un raphé aponévrotique.

b) *Les parois* : latérales : formées par la mandibule qui leur donne sa courbe en fer à cheval ; postérieure : formée par les muscles hyo-glosses, mais n'obfure qu'en partie le plancher buccal, puisqu'elle le fait communiquer avec les loges sous-maxillaires.

c) *Le toit* : c'est le sillon pelvi-lingual, portion de muqueuse buccale déjà décrite.

2° Le contenu :

a) *Les glandes sub linguales* : formations muco-séreuses, symétriques, allongées antéro-postérieurement le long des bords de la langue, elles s'ouvrent au niveau de la muqueuse pelvi-linguale par ses petits canaux excréteurs de Walther et de Rivinus.

b) *Les canaux de Wharton* : véritables vaisseaux, voies d'excrétion de la salive sous-maxillaire, cheminant de dehors en dedans et d'arrière en avant, entrant en rapports étroits avec la glande sub-linguale du même côté, ils s'ouvrent dans la cavité buccale de chaque côté de l'insertion basale du frein de la langue par deux orifices, les « ostium ombilicale ».

c) *Le prolongement antérieur de la glande sous-maxillaire* : faisant communiquer l'étage sus-mylo-hyoidien à pathologie buccale avec l'étage sous-mylo-hyoidien à pathologie cervicale.

d) *Le nerf lingual.*

e) *L'artère linguale.*

f) *Le tissu conjonctif lâche* : noyant toutes ces formations il permet à toutes les infections et, dans le cas particulier au processus de cancérisation de se propager avec une extrême rapidité.

Fleishman avait cru pouvoir y décrire une bourse séreuse facilitant les mouvements de glissement de la langue. En réalité, il n'existe que du tissu cellulo-graisseux dont le réticulum de fibres élastiques enserre dans ses mailles une substance colloïde fondamentale où circulent monocytes, leucocytes et cellules lipoides.

Ce tissu nous paraît essentiel.

En effet, en dehors de la voie ganglionnaire pure, il y a certainement une propagation des produits septiques de la tumeur qui se fait par son intermédiaire. Cette propagation est beaucoup plus rapide que pour d'autres cancers, puisque dès le début de son apparition la lésion cancéreuse repose sur une base indurée, signe indiscutable de l'infiltration précoce du plancher. Ce n'est que plus tard que l'extension se fera vers la masse linguale et vers le massif osseux du maxillaire inférieur.

Par contre, dans certains cas, alors que le plancher nous paraît cliniquement intact, c'est une volumineuse adénopathie cervicale qui nous fera découvrir la lésion buccale d'origine cancéreuse. Que faut-il en conclure ?

Il nous semble que, même dans ces cas, il ne faut pas exclure la voie de propagation lymphatique. Le tissu conjonctif lâche possède dans ses éléments des représentants du système histiocytaire réticulo-endothélial et il est possible que leur mise en jeu permette, grâce à une réaction rapide de leur part, au plancher de la bouche de paraître intact de toute infiltration septique cancéreuse. La voie ganglionnaire sera alors la voie de choix de cette infiltration et l'adénopathie, son expression clinique.

Voyons donc quels seront les groupes ganglionnaires susceptibles d'être atteints.

Ils font partie du collier ganglionnaire peri-cervical classique, qui comprend six groupes :

1) *Gr. sous-occipital.*

2) *Gr. mastoïdien.*

3) *Gr. facial* : avec deux sous-groupes, *génien* et *facio parotidien*.

4) *Gr. sous-maxillaire ou sus-hyoïdien latéral.*

5) *Gr. sous-mental ou sus-hyoïdien médian.*

6) *Gr. rétro-pharyngien.*

Seuls les groupes sous-maxillaire et sous-mental sont importants dans les cas de cancers pelvi-linguaux. Nous allons les étudier d'une façon plus précise.

1° *Groupe sous-maxillaire :*

Il comprend quelques ganglions, de 4 à 8, situés symétriquement au voisinage du bord inférieur de la mandibule. Ces ganglions sont pré ou rétro-glandulaires, pré ou rétro-vasculaire selon la position qu'ils occupent par rapport à la glande sous-maxillaire et aux vaisseaux faciaux.

C'est le groupe pré-vasculaire qui est le plus décelable et le plus important cliniquement.

Tous ces ganglions reçoivent la lymphe des gencives et du plancher.

2° *Groupe sous-mental :*

Comprend 2 à 3 ganglions symétriques placés généralement le long du bord interne du ventre antérieur du digastrique. Il reçoit la lymphe de la portion antérieure du plancher et de la pointe de la langue.

Une fois ces ganglions envahis et perceptibles, il nous faudra rechercher l'adénopathie plus loin, et c'est dans les régions latérales du cou que nous trouverons les chaînes importantes qui drainent la lymphe des régions lésées par le cancer. Nous notons les relais ganglionnaires suivants :

a) *Chaîne jugulaire antérieure :* accompagnant la veine du même nom, elle se jette dans les chaînes jugulaire interne et cervicale transverse.

b) *Chaîne jugulaire externe :* accompagnant la veine, aboutit comme la précédente.

c) *Chaîne jugulaire interne :* placée le long de la veine jugulaire interne, elle draine la lymphe de la partie antérieure de la tête et du cou. Les ganglions adhèrent intimement à la veine ainsi qu'au muscle sterno-cleido-mastoïdien qui les recouvre, d'où l'exérèse de toute cette masse au moment des évènements ganglionnaires chirurgicaux.

Le premier ganglion de la chaîne, le plus volumineux, reçoit le nom de ganglion de Kuttner.

Nous voyons donc, par la multitude des ganglions et par les nombreux cheminements lymphatiques, que l'affection pelvi-linguale qui nous intéresse va se trouver dans une région où son développement se traduira bien souvent par une adénopathie, discrète, volumineuse ou empâtée de péri-adénite, réactionnelle jusqu'à un certain point.

De nombreux cas, 40 % environ, se présenteront pourtant

sans adénopathie clinique. Nous avons remarqué qu'il s'agirait alors d'épithéliomas envahissant la presque totalité du sillon pelvi-lingual.

Est-ce une coïncidence ou n'y aurait-il pas d'abord une propagation réticulaire d'emblée atteignant la totalité des éléments du plancher, neutralisant d'emblée leurs possibilités réactionnelles et les infiltrant, avant que de se propager, par l'intermédiaire de la voie lymphatique, aux ganglions ?

III. — ETUDE CLINIQUE

Notre étude clinique étant basée sur l'étude des dossiers du Centre Anticancéreux de Marseille, nous allons auparavant donner un aperçu statistique de ceux-ci.

Sachant qu'une survie de cinq ans, dans les centres anticancéreux, est considérée comme équivalant à une guérison, nous avons voulu choisir une période permettant de noter avec le maximum de netteté les résultats obtenus par les diverses thérapeutiques employées et l'évolution de la maladie.

La période essentiellement troublée de 1940 à 1944 n'ayant pas permis au Centre Anticancéreux de suivre tous les malades traités, celle allant de 1944 à 1947 n'offrant pas assez de recul dans le temps, nos recherches ont porté sur les années 1936 à 1940, qui ne présentaient aucun de ces inconvénients. Nous savons déjà que les malades viennent le plus souvent consulter alors que leur cancer est en pleine évolution et que la tumeur a envahi en partie le plancher, la langue ou le maxillaire, rendant parfois malaisée la découverte du point de départ de la lésion. Cependant, nous n'avons relevé dans les dossiers du C.A.C. que les observations où le point de départ pelvi-lingual a été soigneusement noté par les divers cliniciens. Notre étude porte sur 179 cancers de la langue et du plancher.

Sur ce nombre : 148 reviennent à la langue.
31 au sillon pelvi-lingual.

C'est sur ce chiffre, et uniquement sur lui, que portent à la fois notre statistique et notre étude au double point de vue clinique et thérapeutique.

	1936	1937	1938	1939	1940
<i>Langue</i>	24	28	30	27	39
NOMBRE DE CANCERS					
<i>Sillon p.l.</i>	6	6	4	6	9

Sur ces 31 cas, nous notons :

27 décès, la plupart après un an environ de maladie.

3 perdus de vue et probablement décédés, si l'on en juge par l'étendue et la gravité des lésions qu'ils présentaient

1 survie de plus de cinq ans,

Nous arrivons donc à une proportion approximative de 5 cancers de la langue pour 1 cancer du sillon pelvi-lingual, ce qui concorde avec la statistique de Kuttner, citée par Frey et Ruppe où, sur 266 épithéliomas de la cavité buccale, 155 reviennent à la langue et 35 au plancher buccal (pour nous sillon pelvi-lingual).

Enfin, Ducuing, cité par C. Ardissonne, dans sa thèse, donne une proportion de 16 % de guérisons dans les cancers du sillon pelvi-lingual et de la face inférieure de la langue.

Nos chiffres sont plutôt d'accord avec le Professeur L. Imbert, qui note environ 11 % de guérisons dans les cas opérables et 3 % dans tous les cas observés, puisque nos observations nous fournissent ce même pourcentage de 3 % de guérisons.

Nous pensons que ces résultats médiocres sont dus en partie au fait que les malades viennent consulter au C.A.C. lorsque les lésions sont trop avancées pour permettre d'agir efficacement. D'autre part, notre statistique ne portant que sur le sillon pelvi-lingual, éliminant ainsi certains cancers de la face inférieure de la langue et ne considérant guéris que les sujets dont la survie atteint cinq ans, nos résultats sont naturellement plus mauvais.

Notons que l'adénopathie est loin d'être la règle dans ces cancers, puisque 40 % des malades n'en présentent pas de cliniquement décelable.

Enfin, sur ces 31 malades, il n'y avait pas une femme. Tous sont des hommes de 50 à 70 ans. Si leur passé révèle parfois tabagisme, syphilis ou traumatisme, il est parfois absolument exempt de tous ces états prédisposants appelés pré-cancéreux.

Nous concluerons cette petite étude en insistant une fois de plus sur la nécessité du dépistage précoce des cancers. Puisque, chaque année, tant de Français meurent de cette affection (63.000 décès en 1943), il faudrait entreprendre, parallèlement aux actions anti-alcoolique, syphilitique, tuberculeuse, une action anti-cancéreuse plus poussée. Il est hors de question pour nous d'envisager la question sous son aspect social, mais il nous fallait, au passage, en souligner l'importance.

De l'étude des observations que nous publions, il ressort, confirmant ainsi les données classiques, que le cancer du sillon pelvi-lingual survient de façon générale chez des hommes ayant atteint ou dépassé la cinquantaine. Ce cancer est une des plus graves de la cavité buccale. Rarement observé à la période de début, d'évolution insidieuse et lente, il est, de ce fait, difficile à traiter dès son apparition. Ce serait pourtant la période de traitement la plus efficace.

Vu à la période d'état, son pronostic sera des plus sombres. Il est classique de noter chez ces malades certains états prédisposants, certaines causes cancérigènes, plaques leucoplasiques se fissurant et dégénérant en même temps que leur base s'indure. A la vérité, nous n'avons retrouvé aucun de ces antécédents chez nos malades.

Par contre, plus fréquents sont chez eux les micro-traumatismes répétés de la muqueuse, provenant de pièces de prothèse dentaire mal ajustées, coiffes métalliques mal serties, crochets coupant et irritant, arêtes vives de dents délabrées.

Les brûlures répétées de la muqueuse vont faire peser chez les grands fumeurs une menace plus importante d'atteinte cancéreuse.

Enfin, si la syphilis a souvent été mise en rapport avec l'apparition des cancers, à tel point que le Professeur Dechaume la note dans une proportion de 30 % à la langue, cette association paraît exceptionnelle au niveau du plancher de la bouche.

Et c'est ici le moment de rappeler l'enseignement du Professeur Cornil, doyen de la Faculté de Médecine et Directeur du Centre Anticancéreux qui, se fondant sur les prédispositions héréditaires en matière de tumeurs malignes, a si bien fait ressortir la conjonction presque indispensable des facteurs exogènes et endogènes en donnant à ceux-ci une importance prépondérante, à tel point qu'il a pu dire « ne fait pas du cancer qui veut ».

Nous allons, maintenant, étudier l'évolution de cette affection, que nous diviserons en trois périodes schématiques de début, d'état et de terminaison.

1° DEBUT

Une petite ulcération reposant sur une base indurée fait son apparition au niveau d'un point, quelconque de la muqueuse pelvi-linguale, bien souvent d'ailleurs près d'un ostium ombilicale.

Elle est indolore, ne gêne pas le plus souvent les mouvements de la langue et ne s'accompagne pas d'adénopathie.

Le malade, qui ne ressent à ce stade-là ni douleur ni gêne, laisse passer la lésion inaperçue. Dans le cas contraire, il ne lui accordera généralement que peu d'importance, lui supposant une origine purement traumatique et une présence passagère. Et c'est ainsi que le stomatologiste ne sera consulté que pour une retouche à un appareil de prothèse.

La non-régression de la lésion, mais, au contraire, son extension, amèneront, alors, le praticien à faire une biopsie de cette ulcération : l'épithélioma baso-cellulaire, ou, le plus souvent, spino-cellulaire, en face duquel va se trouver le spé-

cialiste, évolue déjà dans la deuxième période, toutes ces manifestations n'ayant duré, semble-t-il, que quelques mois.

2° ETAT

Infiltrant plus profondément et plus largement le plancher de la bouche, la tumeur augmente de volume, s'étend en largeur, creuse en profondeur, bourgeonne, s'ulcère et se sphacèle. De plus, elle devient douloureuse et saigne au moindre contact.

Elle siège le plus souvent en avant du frein de la langue, au niveau des orifices des Canaux de Wharton, le long d'une glande sub-linguale, ou encore sur tout un côté du sillon pelvilingual.

Sa propagation se fait en dedans vers la face inférieure de la langue, qu'elle infiltre et immobilise en partie sur le plancher, provoquant ainsi une légère dysphagie et un peu de difficulté dans la phonation.

L'extension dans le plancher buccal est encore plus rapide. Celui-ci, normalement souple et de consistance molle, devient résistant à la palpation, ligneux, empâté.

En même temps que la tumeur s'ulcère, les douleurs font leur apparition, provoquées d'abord, spontanées par la suite. Elles s'irradient classiquement vers l'oreille, mais en réalité prennent souvent l'aspect de véritables névralgies faciales à type inférieur.

S'il y a adénopathie, les ganglions isolés, non adhérents, indolores jusqu'à ce moment-là, vont confluer et adhérer aux plans adjacents, donnant à la palpation l'impression d'une masse bosselée, dure et irrégulière.

Parfois, une péri-adénite réactionnelle les enguague et les rend douloureux à toute palpation.

L'infection banale se traduira par une cellulite et plus tard, au niveau des téguments, par une fistulisation laissant couler un pus grumeleux et mal lié.

Toutefois, l'adénopathie peut être cliniquement nulle, ou non décelable, si le plancher infiltré est dur, empêchant toute palpation profonde et précise.

L'impossibilité pour le clinicien de distinguer l'adénopathie cancéreuse de l'adénopathie réactionnelle amènera le praticien à ne faire aucune différence entre elles, les traitements physiothérapiques et les curages ganglionnaires s'adresseront à l'une comme à l'autre.

Dans cette seconde période, relativement courte, puis- qu'elle paraît durer environ 6 mois, l'atteinte de l'état général est assez nette et l'on peut noter un amaigrissement sensible et un faciès d'anxieux.

3° TERMINAISON

Tous les signes précédents vont s'amplifier et amener le cancéreux pelvi-lingual vers une issue fatale.

La tumeur cancéreuse continue à proliférer dans une bouche qui baigne dans une salive fétide et abondante. Les dents sont recouvertes par un enduit fuligineux et, parfois, sont ébranlées par l'atteinte néoplasique envahissant, à ce stade, le tissu osseux du maxillaire inférieur.

La propagation des lésions se fait encore plus largement vers la langue qui, infiltrée et œdématisée, a sa pointe immobilisée sur le plancher.

La dysphagie devient beaucoup plus accentuée et provoque une cachexie progressive du malade, qui ne peut plus avaler que des liquides.

La parole est aussi rendue très difficile, le cancéreux est, à ce moment-là, souvent obligé d'écrire pour se faire comprendre de son entourage.

Le plancher, totalement infiltré, ligneux et parfois ulcéré, présente dans ce cas des ouvertures de fistules à la peau.

Enfin, le maxillaire inférieur peut être lésé par le processus cancéreux, qui a envahi toutes les régions anatomiques qui l'entourent et il sera possible, radiographiquement, d'évaluer l'atteinte osseuse.

L'adénopathie peut être nulle ou non décelable cliniquement. Si elle est faible ou de moyenne importance, les seuls ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux seront envahis. Les chaînes jugulaires, d'un ou des deux côtés du cou, seront atteintes lors des adénopathies volumineuses.

La tumeur pelvi-linguale saignote toujours au moindre contact et, de plus, elle se trouve à l'origine des petites hémorragies qui affaiblissent l'état général du malade. Parfois même, une hémorragie brutale, importante, par rupture d'un gros vaisseau, pourra survenir, amenant très rapidement la mort du sujet. Dominant tout ce tableau, les douleurs, permanentes et véritablement atroces, vont devenir la principale préoccupation du malade et du praticien, qui s'efforcera d'en atténuer l'intensité.

Le cancéreux, dès lors, va être emporté très rapidement, par une exagération de tous ces signes cliniques amenant une véritable cachexie par infection cancéreuse, à moins qu'une affection intercurrente, œdème de la glotte, bronchopneumonie de déglutition, hémorragie brutale, ne vienne abréger ses jours.

Cette dernière période est la plus courte.

Nous voyons donc que cette affection redoutable est d'évolution assez rapide, puisque rares sont ceux qui, laissés à eux-mêmes, peuvent espérer vivre une ou deux années.

La thérapeutique, malgré la diversité des moyens qui sont mis en œuvre, ne pourra, dans la plupart des cas, donner à l'organisme un pouvoir de résistance suffisamment grand pour surmonter l'envahissement néoplasique.

Elle ne pourra, malheureusement, que lui permettre de prolonger sa vie de quelques temps. Encore faut-il remarquer, lors de ces guérisons apparentes, la fréquence des récides ou des métastases qui viennent assombrir l'avenir immédiat du malade.

Ces récides, fréquentes, peuvent suivre de près un traitement dont l'action curative s'est trouvée endiguée par l'importance des lésions et des délabrements à faire. Elles peuvent survenir après quelques semaines ou mois, voire quelques années. Cette réapparition néoplasique in situ sur la plaie opératoire, sur la cicatrice ou dans la région irradiée prouve ainsi l'insuffisance des armes chirurgicales et physiothérapiques employées, insuffisance découlant de leur limitation à des manifestations locales d'une atteinte plus profonde et, jusqu'ici, inconnue.

Les métastases, comme les récides, sont fréquentes. Elles peuvent être d'apparition précoce, contemporaine à la formation de la tumeur pelvi-linguale, mais aussi plus tardive.

Elles suivent alors le traitement de la lésion, prouvant ainsi la cancérisation ganglionnaire consécutive à la lésion initiale, bien que non décelable cliniquement au début dans les territoires lymphatiques.

Si l'on observe, lors de l'évolution d'autres cancers, de fréquentes métastases organiques à distance (dans le temps et dans les localisations anatomiques), nos observations n'en révèlent aucune.

En face de cette évolution quasi fatale que présente le cancer pelvi-lingual, quelles sont les armes qui ont retenu, jusqu'ici, la faveur du clinicien, du chirurgien et du spécialiste justement soucieux de retarder cette évolution et d'en adoucir les souffrances ?

IV. — ETUDE THERAPEUTIQUE

Nous allons, dans ce chapitre, tenter de passer en revue les divers moyens médicaux, chirurgicaux et physiothérapiques mis à notre disposition pour lutter contre le cancer pelvi-lingual.

I. — MOYENS MEDICAUX

Il est à remarquer, tout d'abord, que la thérapeutique médicale, malgré un grand nombre de médicaments proposés par une foule de chercheurs, est en ce moment nettement insuffisante pour mériter d'être employée seule.

La plupart de ces médicaments est destinée à permettre à l'organisme de se mettre efficacement en état de lutte avec le processus cancéreux qui l'envahit.

On connaît, à ce sujet, les travaux de P. Delbet, sur les propriétés anti-cancéreuses des sels magnésiens, et la carte qu'il dressa, tendant à prouver le faible pourcentage d'apparition des cancers dans les départements à sols magnésiens.

Les gloxines, préparées à l'aide de protéines extraites de tissus néoplasiques, furent également employées.

La découverte des propriétés radio-actives du radium fit naître également un assez grand nombre de préparations de sels de métaux lourds radio-actifs. Mais de nombreux accidents s'étant produits (particulièrement aux Etats-Unis, où ces médications connurent une grande vogue), une motion fut présentée et acceptée en 1936 par l'Académie de Chirurgie, qui déclara cette thérapeutique si dangereuse que son abandon paraissait désirable.

Plus récemment, on a rapporté des cas d'améliorations très nettes, sinon de guérisons, de cancéreux, par injection d'extraits de cortico-surrénale et d'extraits hypoglycémiantes de la glande pancréatique.

Enfin, la similitude présentée par les formules chimiques de certains produits cancérigènes et d'hormones sexuelles ont amené une nouvelle thérapeutique, basée sur l'injection de produits œstrogènes.

Toutes ces méthodes, intéressantes certes, mais de résultats inconstants, ont été quelque peu abandonnées ou sont encore à l'étude. Nous n'avons, par conséquent, que très peu d'éléments d'appréciation pour juger de leur efficacité.

De toutes façons, comme nous l'avons dit plus haut, l'emploi exclusif de cette thérapeutique ne paraît pas donner de résultats suffisants.

2. — MOYENS CHIRURGICAUX

Ils seront étudiés, pour la clarté de notre exposé, séparément, bien qu'actuellement la thérapeutique soit constituée de façon générale par leur association avec les moyens physiothérapiques.

Le but de l'intervention chirurgicale étant d'obtenir une voie d'accès suffisante pour procéder à une exérèse aussi totale que possible de la tumeur, seule la résection du maxillaire inférieur nous donnera cette voie d'abord.

Deux méthodes de résection donnent un jour assez large sur la région pelvi-linguale pour faciliter une intervention dont l'efficacité paraît liée à la précocité.

Elles ont été préconisées par Morestin et par Raymond-Bernard.

a) Résection du type Morestin

Nous n'en parlerons que brièvement, bien que cette large résection d'une portion de maxillaire inférieur sur toute sa hauteur ouvre une voie d'accès très large sur toute la région du plancher buccal. Mais aussi au prix de quels sacrifices. Nous le verrons plus loin, dans l'examen de chacune des méthodes.

Le rôle du stomatologiste se justifie ici par l'acte chirurgical et par l'acte prothétique ante-opératoire qui rétablira aussitôt après l'intervention la continuité de l'arc du maxillaire inférieur.

b) Résection du type Raymond Bernard

Moins mutilante que la précédente, cette résection, partielle sur la hauteur, du maxillaire inférieur, a l'immense avantage de lui conserver une baguette osseuse et, de ce fait, de ne pas détruire le squelette de l'étage inférieur de la face.

Le jour acquis est largement suffisant. De plus, avec un peu d'entraînement et d'habileté, l'intervention, surtout sur la partie médiane ou paramédiane du maxillaire peut se faire par les voies naturelles.

Ces deux méthodes chirurgicales sont complétées par l'irradiation de la région cancérisée soit à l'aide de rayons X, soit, surtout, par les radiations du radium.

3. — MOYENS PHYSIOTHERAPIQUES

A. — LES RAYONS X

Ils sont d'application difficile, pour ne pas dire impossible, en feu direct sur l'ulcération pelvi-linguale,

Par contre, ils peuvent rendre d'inappréciables services employés par méthode externe avec pénétration dans la région sus-hyoïdienne, lorsque l'envahissement néoplasique est déjà très avancé.

B. — LE RADIUM

Nous avons à notre disposition deux méthodes intra-buccales d'application grâce aux aiguilles et aux tubes radi-fères. De plus, une méthode externe pourra être employée dans certains cas de cancers avancés, c'est la technique des colliers porte-radium.

1) *Les aiguilles* : sur la description desquelles nous n'entrerons pas, sont enfoncées dans le plancher de la bouche, en cercle ou en quinquonce, de façon à cerner le plus complètement possible la tumeur.

Le nombre des aiguilles à employer varie évidemment avec le volume de la tumeur à irradier et la quantité de radium agissant. On calcule en pratique qu'une tumeur de 2 cm. de diamètre, encerclée par 6 aiguilles contenant chacune 6 mg. de radium, reçoit une dose de rayonnements d'environ 3 unités Dominici par jour. La dose cancéricide étant d'environ 24 u. D., il est facile d'en déduire la durée d'application.

2) *Les tubes* : faits en platine d'1 à 2 m/m d'épaisseur, recouverts par une gaine d'or servant de filtre aux radiations émises, ils contiennent 5, 10 ou 20 mg. d'un sel de radium (sulfate en général).

Ceux de 10 mg. irradiant 2,4 D. par jour, leur durée d'application sera donc d'environ dix jours, dans les cas de tumeur de 2 cm. de diamètre, comme nous l'avons vu plus haut.

Ils sont très efficaces, mais peu commodes à employer dans la bouche.

C'est ici que le stomatologiste va jouer un grand rôle, car c'est à lui qu'est laissé le soin de confectionner les appareils de prothèse endo-buccale porteurs de radium. En outre, il lui faudra, auparavant, enlever dans la bouche tout foyer d'infection, toute cause d'irritation pouvant provoquer des accidents au moment de l'irradiation de la muqueuse.

Voyons donc le rôle du stomatologiste d'une façon un peu plus détaillée :

a) *Préparation de la cavité buccale*. — Les dépôts de tartre et les chicots qui irritent la muqueuse seront soigneusement enlevés, de même que le seront les dents cariées. Cette avulsion de dents cariées doit se faire quelque temps avant l'irradiation curiethérapique, ceci permettant le comblement cicatriciel partiel des alvéoles, évitant ainsi des phénomènes de radio-nécrose ou d'envahissement accéléré de la néoplasie.

Psäume envisage également l'avulsion des dents saines

du côté de la lésion, mais il ne semble pas que les avantages acquis justifient une telle méthode.

De plus, l'ablation des grandes pièces métalliques permettra d'éviter l'émission de rayonnements secondaires nocifs, dont la présence provoque la possibilité de radio-dermite ou de radio-nécrose. Il n'est pas nécessaire de désobturer les dents qui possèdent des amalgames, comme il a été fait parfois, l'émission de rayonnements secondaires étant, dans ces cas-là, négligeable.

b) *Préparation de la prothèse radifère.* — Le but d'une pareille technique endo-buccale est de permettre une irradiation plus homogène et plus efficace de toute la région envahie par l'épithélioma.

Les tubes radifères seront placés non pas au contact même de la tumeur, c'est-à-dire sous la face inférieure de la prothèse, mais de l'autre côté de l'appareil. La région ainsi irradiée, croissant en raison inverse du carré de la distance, sera plus importante, la diminution de l'intensité des rayonnements étant assez faible.

Mais, avant d'arriver jusqu'à la lésion cancéreuse, le rayonnement va traverser l'appareil de prothèse, qui jouera le rôle d'un véritable filtre, le résultat en sera la production d'un rayonnement secondaire, ceci en quantité d'autant plus importante que le poids atomique de la matière prothétique est plus élevé.

Diverses expériences réalisées au C.A.C. de Marseille, par le Docteur Grether et les Docteurs Tramier et Ardissonne, ont montré que parmi les vulcanites d'emploi courant en stomatologie, la rouge (contenant de l'oxyde de mercure) était 15 fois plus opaque que la noire (noir de fumée) et fournissait le maximum de rayons secondaires.

Cependant, ceux-ci sont diffusés pour la plupart sur la surface de l'appareil en vulcanite et absorbés par son épaisseur, ce qui fait qu'en fin de compte la vulcanite rouge est tout de même utilisée au C.A.C., où il est très rare de noter des accidents empêchant la marche normale d'un traitement curiethérapique. D'ailleurs, il suffit de placer dans l'épaisseur de l'appareil même des plaques d'aluminium ou de plomb, pour éviter cette production de rayonnements nocifs.

La technique de confection des appareils est celle de tous les appareils de prothèse dentaire :

— La prise de l'empreinte se fera au plâtre ou avec une matière plastique ne nécessitant ni ramollissement à la chaleur, ni l'emploi d'une forte pression pour obtenir un moulage correct de la région, sous peine de provoquer de violentes douleurs chez le cancéreux pelvi-lingual.

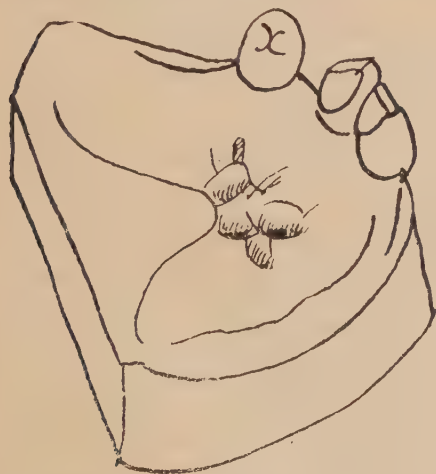
— Après le modelage et le finissage de l'appareil, il sera

pratiqué, sur sa face supérieure, une ou plusieurs petites cavités, logettes destinées à recevoir les tubes radifères.

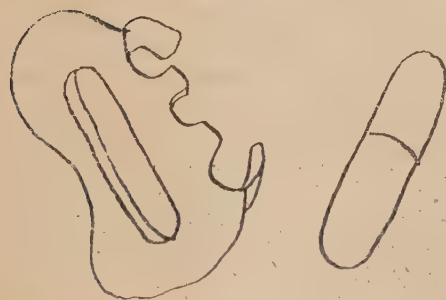
— La fixation de l'appareil est assurée grâce à des crochets prenant appui sur les dents existantes. Si le malade est un édenté complet, le moulage de la crête alvéolaire permettra à l'appareil de se placer naturellement. Dans le cas contraire, on sera obligé de prendre des points d'appui à la fois sur le maxillaire inférieur et sur le maxillaire supérieur. Les tubes, placés dans les logettes, sont ficelés et fixés au moyen de cire collante.

— La mise en bouche se fait généralement assez facilement, l'appareil étant toléré très rapidement par le malade. La langue, œdématisée et déplacée, peut être un obstacle, mais un peu d'habitude, de patience de la part du praticien et de son malade élimineront cet inconvénient.

Si une fonte tumorale survient au cours du traitement curie-thérapique, fonte importante provoquant un déséquilibre pour l'appareil et une gêne pour le patient, il suffira de refaire un nouvel appareil suivant les mêmes procédés, pour permettre au traitement de se poursuivre avec le maximum de chances de succès.

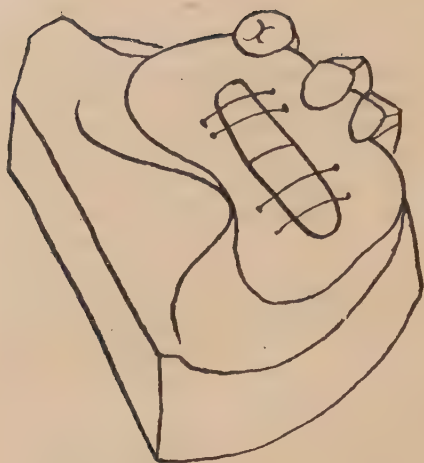


Empreinte d'un cancer palvi-lingual.



Prothèse en vulcanite avec sa logette.

Tube contenant 10 mg de radium.



Prothèse radifère mise en place sur le modèle en plâtre.

III. — LES COLLIERS PORTE-RADIUM

Ils sont destinés à permettre l'irradiation des régions cervicales dans les cas avancés de cancers pelvi-linguaux, ou de compléter par leur action l'évidement ganglionnaire chirurgical de ces mêmes régions.

On emploiera à cet effet diverses matières plastiques, pâte Columbia ou Nidrose. Après ramollissement à la chaleur, la pâte plastique Columbia est appliquée directement sur la peau de la région cervicale. Les socles, destinés à recevoir les tubes de radium, vont être collés sur la pâte, soit à l'aide de cire, soit à l'aide de leucoplaste.

On préfère se servir à Marseille de la Nidrose, matière plastique cellulosique, en une technique particulière de manipulation mise au point par les Docteurs Paoli et Grether. Légère et fenêtrée, la Nidrose gêne moins le malade et permet une aération correcte de la peau sous-jacente.

De plus, on la découpe et on l'ajuste sur un moulage au plâtre de la région à irradier, ce qui évite les manœuvres douloureuses d'application d'une pâte chaude sur les téguments.

Des socles, également en Nidrose, de différentes hauteurs, sont fixés sur le collier de façon à permettre aux tubes de radium d'irradier le plus efficacement possible les zones d'infiltration cancéreuse.

Malheureusement, cette méthode n'est que palliative et, bien souvent, la fistulisation des régions ganglionnaires cervicales ou sus-hyoïdiennes rendent son emploi impossible.

Nous en arrivons maintenant à une dernière méthode dont les succès obtenus méritent leur place dans ce travail. Nous voulons parler de la diathermo-coagulation, dont la technique a été mise au point par Gernez.

c) *La Diathermo-coagulation.* — Elle est basée sur l'emploi de courants coagulants à ondes amorties, amenant la destruction immédiate de tous les tissus infiltrés par le processus cancéreux.

On cerne la lésion à la pointe, la coagulation en masse immédiate étant obtenue par éclatement du courant à la boule. Cette méthode ne comporte pas de choc et de suites opératoires graves, seul un œdème considérable apparaissant les premiers jours.

Elle n'entraîne en général pas de risques de rupture de continuité du squelette du maxillaire inférieur, mais il faut tout de même préparer une prothèse de contention pour le cas où l'ostéo-nécrose produite amènerait une séquestration importante, réalisant ainsi une véritable résection totale sur la hauteur de la mandibule.

Enfin, il faut également surveiller soigneusement le malade, car au moment même de la séquestration, il est possible qu'une hémorragie d'un gros vaisseau se produise, mettant en danger immédiat la vie du malade.

Toutefois, ces incidents seraient, de l'avis même de Gernez et de Cernéa qui en ont fait une étude détaillée, assez rares et ne doivent pas faire abandonner cette méthode.

Les divers traitements que nous venons de voir, qu'ils soient chirurgicaux ou physiothérapiques, ne s'adressent qu'à la tumeur néoplasique et au processus d'infiltration qui l'accompagne.

Or, bien que nous ayons fait remarquer au début de ce travail que 40 % de nos malades ne présentaient pas d'adénopathies cliniquement décelables, il reste encore 60 % des cas où celle-ci est une complication redoutable et devient par sa gravité même la principale préoccupation du cancéreux et du praticien. Nous allons donc voir les moyens qui pourront être mis en œuvre pour lutter contre elle.

Traitement de l'Adénopathie

Nous avons dit plus haut, en parlant de l'adénopathie, qu'elle pouvait être non décelable cliniquement. En effet, il est parfois impossible de sentir à la palpation les ganglions bien qu'ils soient déjà infiltrés par le processus néoplasique. De même, lorsque nous aurons pu sentir sous nos doigts de volumineuses masses empâtées, il sera impossible de fixer la limite de l'adénopathie cancéreuse et celle de l'adénopathie réactionnelle.

C'est pourquoi dans la plupart des cas la thérapeutique relèvera d'une cure radicale, permettant d'éliminer du même coup, par la suppression d'une voie importante de la généralisation cancéreuse, les risques de récidives et de métastases.

Voyons donc ces traitements aux divers stades de l'adénopathie :

I. *S'il n'y a pas de ganglions perceptibles* : nous devons nous tenir dans une expectative armée et procéder à un évidement sous-maxillaire, et sous-mental d'office. Une irradiation curie-thérapique par collier externe viendra compléter l'évidement chirurgical.

II. *S'il y a des ganglions perceptibles et encore mobiles* : l'évidement complet est alors la règle. La technique préconisée par Morestin, puis mise au point par R. Bernard consiste, après ligature de l'artère carotide externe en l'enlèvement chirurgical des ganglions cervicaux, du tissu cellulo-grasieux de la glande et des ganglions de la région sous-maxillaire. L'exérèse du muscle sterno-cleido-mastoïdien et de la veine jugulaire interne auxquels les ganglions adhèrent parfois intimement est aussi pratiquée.

Aussitôt après, la région cervicale ainsi vidée de ses ganglions, est irradiée à l'aide d'une application externe par collier. Cet évidement est unilatéral, sauf si la tumeur comprise dans la convexité du fer-à-cheval pelvi-lingual nécessite un curage bilatéral. Dans ce cas, l'irradiation est, elle aussi, bilatérale.

Malgré ce curage et l'irradiation secondaire, il est assez fréquent de voir des récidives et des métastases faire leur apparition.

Ceci paraît bien montrer que l'adénopathie clinique n'apparaît que bien après l'envahissement néoplasique des ganglions, ou bien que la voie ganglionnaire n'est pas la seule utilisée par le processus cancéreux pour son extension dans l'organisme tout entier.

III. *Si les ganglions sont fixés* : nous sommes alors au stade ultime de l'évolution néoplasique. La chirurgie ne pouvant plus donner aucun résultat, il nous faudra faire appel à la physiothérapie ; encore celle-ci ne sera-t-elle employée qu'à titre purement palliatif.

Ce sont surtout les Rayons X qui donnent les résultats les meilleurs dans ces cas-là, mais leur action n'est que passagère et peu de résultats positifs peuvent être mis à leur actif.

Après avoir passé en revue les divers moyens thérapeutiques, nous allons en faire la critique.

V. — CRITIQUE DES MOYENS THERAPEUTIQUE

Par critique, nous voulons nous placer au sens étymologique du mot : examiner. Nous allons donc faire un examen aussi objectif que possible des divers procédés rappelés, en faisant ressortir pour chacun d'eux les avantages, les inconvénients, immédiats ou à distance et enfin les échecs.

I. — LA RESECTION DE MORESTIN

L'ostéotomie d'un fragment du maxillaire inférieur va donner, sur la région pelvi-linguale, un jour considérable, permettant un curage chirurgical massif de toute la région du plancher de la bouche.

Mais aussi quels sacrifices ! D'abord le choc opératoire considérable qui peut se produire même sur la table d'opération. Ensuite, toute la région comprise dans le fer-à-cheval du maxillaire, privée du squelette osseux qui lui servait d'appui, tend à s'affaïsser, tandis que le reste des branches horizontales du maxillaire inférieur se rapprochent sous l'influence des ptérygoïdiens et des mylo-hyoïdiens.

La langue n'étant plus soutenue par une partie de son appareil musculeux, bascule en arrière avec tous les organes du plancher qui se trouvent, en quelque sorte, comme suspendus dans le vide, amenant ainsi de sérieuses menaces d'asphyxie.

Enfin, l'opération terriblement mutilante, laisse le malade dans l'état d'une « gueule cassée ».

Une amélioration, toute stomatologique, a été apportée à cette intervention, c'est la prothèse ante-opératoire.

Prothèse ante-opératoire. — Simple dans sa conception, elle est en pratique plus difficilement réalisable.

Elle consiste à remplacer immédiatement après l'opération chirurgicale le fragement mandibulaire réséqué par une prothèse établie à l'avance.

Dans ce but, on découpe à la scie sur un moulage au plâtre de la région du maxillaire inférieur du malade, toute la portion qui devra être réséquée chirurgicalement.

Un appareil, remplaçant exactement la partie osseuse à enlever, est alors réalisé sur le modèle.

Les points d'appui sont pris sur les fragments restant après intervention et sur les dents qu'ils portent.

Ceci peut se faire sans difficultés sur le modèle en plâtre. Il n'en est pas de même au moment de l'acte chirurgical. En effet, il est difficile de procéder sur le malade à une résection osseuse correspondant exactement à la portion de plâtre enlevée, d'une part à cause des erreurs d'appréciation des dimensions du maxillaire inférieur (plus haut et plus épais qu'on ne l'estime généralement), d'autre part du fait que parfois l'on est entraîné dans la résection plus loin qu'il n'avait été possible de le prévoir cliniquement.

Une différence d'1 ou 2 cm. entre les résections du modèle et de l'os aura pour résultat la non-adaptation de la prothèse ante-opératoire.

De plus, si les fragments osseux restant sont insuffisamment dentés pour permettre un ancrage solide de l'appareil, il est indiscutable que la méthode deviendra inutilisable. Ces raisons font qu'une nouvelle méthode de résection a été employée.

II. — RESECTION DE RAYMOND BERNARD

Il s'agit d'une résection partielle en hauteur de la mandibule. Cette technique permettant ainsi de conserver une bandelette osseuse basale préserve la continuité du squelette du maxillaire inférieur. D'autre part, la mutilation infligée au malade est bien moindre que lors des larges résections du type Morestin.

Le tracé de la portion osseuse à enlever se fait à l'aide de perforations, celles-ci pouvant être pratiquées, soit au tour de neuro-chirurgie, soit au moyen du tour électrique et de fraises par un stomatologiste.

La série de perforations ainsi obtenues est réunie par un trait de fraise à fissure. Le bloc osseux enlevé, on obtient un accès assez large sur la région pelvi-linguale pour extirper la tumeur, atteindre la zone infiltrée du plancher, voire la langue.

Malheureusement, cette technique, excellente dans les cas où la tumeur maligne en est au début de son évolution, est insuffisante lorsque l'épithélioma a largement infiltré en profondeur le plancher buccal, la langue, la muqueuse gingivale et parfois même le maxillaire inférieur.

L'atteinte ne commande plus dès lors une intervention partielle économique mais, par son insuffisance, dangereuse.

Nous en arrivons maintenant à l'examen des autres méthodes dont l'association étroite avec la chirurgie est à la base du traitement classique le plus efficace du cancer du sillon pelvi-lingual.

III. — LES RAYONS X

Nous avons déjà dit leur difficulté d'application dans les cas d'épithéliomas localisés dans la région du plancher buccal. Leur indication majeure paraît être le traitement des adénopathies où elle donne d'assez bons résultats, avec le radium.

IV. — LE RADIUM

Utilisé par radium-puncture, peut être un excellent traitement s'il est possible de circonscrire la tumeur par une série d'aiguilles piquées verticalement dans la région que l'on veut irradier. Après intervention, les aiguilles ne seront posées que lorsque la plaie opératoire sera cicatrisée et désinfectée soigneusement.

L'inconvénient majeur de cette méthode est la possibilité de lésion d'un gros vaisseau. D'autre part, elles peuvent tomber au moment où la tumeur commence à fondre et doivent être l'objet d'une surveillance attentive.

Enfin, le Professeur Lacassagne a rapporté récemment des cas où certains malades traités par radium-puncture pour des épithéliomas intra-buccaux, ont présenté, 4 à 12 ans après que la tumeur néoplasique ait disparu, de nouvelles tumeurs sarcomateuses fuso-cellulaires sans aucun rapport avec la lésion initiale.

Ceci serait expliqué par le pouvoir cancérigène de certaines irradiations émises par le radium.

Pour notre part, les malades ayant décédé le plus souvent assez rapidement, il nous est impossible d'infirmer ou de confirmer par des observations ces données nouvelles importantes.

L'inconvénient de la prothèse radifère est celui de toutes les applications de surface, le radium étant pratiquement au contact de la tumeur. D'autre part, il nous faut protéger le maxillaire inférieur, très radio-sensible aux radiations secondaires émises. Cependant cette méthode, bien tolérée par le malade, paraît être la plus efficace dans les cas de cancer pelvi-lingual.

L'application de radium au moyen de colliers cervicaux moulés ne peut donner de bons résultats dans la lutte contre la lésion initiale. Par contre, elle est intéressante par ses effets palliatifs dans les cas d'adénopathie volumineuse, ou à la dernière période de l'évolution néoplasique.

V. — LA DIATHERMO-COAGULATION

Mise au point depuis déjà quelques années, elle peut être employée avec quelques succès, surtout dans les cas peu avancés et lorsque la tumeur atteint la face interne du maxillaire inférieur.

Mais il faut que la coagulation soit massive, large, profonde. Elle présente donc des risques d'hémorragies secondaires, rares mais graves.

L'avantage de cette méthode sur la curiethérapie est l'absence de phénomènes ostéitiques du maxillaire inférieur.

Malheureusement, les récives, *in situ* ou sous forme de métastases ganglionnaires sont fréquentes et se produisent dans des délais relativement courts.

L'examen d'ensemble de toutes ces diverses méthodes ne nous procure qu'une impression d'impuissance, à la vérité assez décevante. Pourtant chacune d'elles possède à son actif des guérisons et, chacune d'elles aussi a ses adeptes fervents. Qu'en conclure ?

Pour avoir une vue plus juste des résultats obtenus à l'aide des différentes techniques thérapeutiques, il vaut mieux envisager le cancer du sillon pelvi-lingual non comme un tout mais sous ses trois aspects évolutifs de début, d'état et de terminaison.

Et c'est ainsi que l'apparition de la tumeur cancéreuse nous trouvera assez bien armés : il est facile, en général, à ce moment-là d'extirper la tumeur, d'enlever le tissu cellulograisieux et les ganglions.

Une irradiation par le radium ou les rayons X viendra compléter cette façon d'opérer qui donnera d'assez bons résultats.

L'électro-coagulation pourra, à ce stade, être généralement employée et donner au praticien quelques chances de succès dans son traitement.

A la période d'état, l'infiltration cancéreuse ayant déjà gagné les régions sus-hyoïdiennes et cervicales, l'adénopathie décelée ne se limitant plus aux seuls ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires, mais atteignant les chaînes cervicales, il faut opposer des moyens de lutte plus efficaces pour arriver à enrayer un envahissement qui devient de plus en plus rapide.

La cure chirurgicale d'évidement ganglionnaire suivie d'irradiation secondaire devrait donner quelques résultats.

Mais en réalité, ceux-ci sont moins favorables qu'au début. Une amélioration sensible, une guérison apparente pourra être observée pendant quelques mois, mais presque toujours la néoplasie reprendra son évolution et assombrira le pronostic, un moment éclairci, de l'affection.

Et que dire des cas avancés qui vous nous trouver presque complètement démunis de moyens de lutte contre l'atteinte généralisée de l'organisme par l'évolution cancéreuse et la production de produits septiques ? Seules les méthodes palliatives médicales et de physiothérapie apporteront un soulagement momentané, mais pas d'espoir de guérison.

VI. — OBSERVATIONS

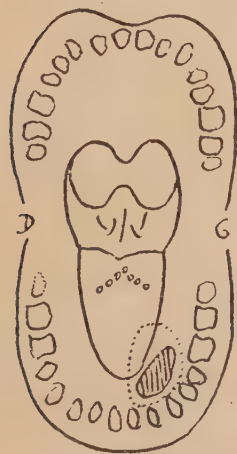
Nous avons choisi 10 observations de cancers du sillon pelvi-lingual parmi toutes celles que nous avons pu relever dans les dossiers du Centre Anti-Cancéreux, des années 1936 à 1940 inclus.

L'évolution générale de la maladie est la même dans toutes ces observations, seul le résultat de la thérapeutique instaurée pouvant en faire changer l'issue.

En effet, le malade entre au C.A.C. au cours de la période de début ou d'état, un traitement curiethérapique est institué, ou une intervention chirurgicale pratiquée. Une amélioration très nette s'ensuit.

Quelques temps après (de quelques semaines à quelques mois) apparaît une nouvelle recrudescence des phénomènes cancéreux, l'atteinte se généralise ; tout traitement curatif est alors illusoire, le traitement palliatif est entrepris et, après une courte amélioration, le malade est emporté.

Les 21 autres cas sont également superposables à ceux qui sont publiés et ne présentent pour nous aucun intérêt particulier justifiant leur présence dans ce travail.



en hachures : la tumeur.

en pointillé : l'infiltration.

Schéma utilisé au Centre Anti-Cancéreux de Marseille pour noter les diverses localisations des cancers de la cavité buccale et notamment des cancers pelvi-lingaux

OBSERVATION N° I

1939. N° 116 — Monsieur C..., 53 ans

Entre le 23 mars 1939 pour un cancer du plancher bucal.

Il y a 10 mois, apparition d'une volumineuse adénopathie cervicale droite, disparue sans soins, suivie d'une tuméfaction cervicale gauche actuellement du volume d'une pamplemousse, non adhérente à la peau, allant du bord inférieur de l'angle de la mâchoire à un travers de doigt de la clavicule, rejoignant en arrière le trapèze et s'arrêtant en avant, à 4 cm. de la pomme d'Adam.



Les régions sus-hyoïdiennes latérales gauche et droite sont occupées par des ganglions de la grosseur d'amandes sèches, résistants et mobiles, se prolongeant sous le sterno-cleido-mastoïdien.

En arrière de l'os hyoïde on note une masse polylobulée de la grosseur d'une noix, un ganglion mobile s'avancant jusqu'à un travers de doigt de la pomme d'Adam. Pas de ganglions sus-claviculaires. La région des canaux de Wharton est occupée par une ulcération bourgeonnante d'1 cm. de dia-

mètre, atteignant le rebord alvéolaire postérieur de la mandibule.

Leucoplasie commissurale gauche et de la crête alvéolaire de la région des molaires inférieures gauche.

Entre l'ogive palatine gauche et l'extrémité postérieure du rebord alvéolaire du même côté, ulcération de 0.5 cm. sur 2 cm. de large.

BIOPSIE : Epithélioma spino-cellulaire. B. W. négatif.

TRAITEMENT ET ÉVOLUTION DE LA MALADIE :

25 Mars : Application de radium sur appareil de nidrose avec 8 tubes de 20 mg. (filtres or) à 3 cm. pendant 4 jours.

29 Mars : Appareil enlevé, la tumeur cervicale grossit et suppure. Radiothérapie puis ponction ramenant 40 cc. d'un liquide séro-sanguinolent.

4^{er} Avril : Nouvelle ponction de 200 cc. environ.

12 Avril : Ulcération de la tumeur cervicale laissant sortir un pus grumeleux. Etat général amélioré, lésion du pilier en voie de guérison.

15 Avril : Le liquide se reproduit avec moins de rapidité. La masse cervicale est toujours grosse et il semble y avoir prolifération néoplasique au-dessous. Aggravation de l'adénopathie sous-maxillaire et de l'angle de la mâchoire. Roentgenthérapie anti-inflammatoire qui guérit à peu près la pyodermite.

24 Mai : La masse a diminué mais s'est fistulisée.

7 Juin : Les fistules donnent issue à une substance blanchâtre

homogène, sortant par des orifices à bords décollés. La masse cervicale a augmenté de volume depuis quelques jours, elle est surtout plus dure et plus douloureuse.

De nouveau maintenant adénopathie cervicale droite.

28 Juin : Décès, par aggravation du mal.

OBSERVATION N° 2

1939. N° 15. — Monsieur S..., 53 ans

Soigné depuis un an pour une ulcération sous-linguale, par diathermie. Entre le 12 janvier au C. A. C. on note une tumeur d'environ 6 cm. occupant la moitié droite du sillon pévi-lingual, de la ligne médiane à la première prémolaire, arrivant au contact du maxillaire et de la face inférieure de la langue qu'elle infiltre.

Petite adénopathie sous-maxillaire droite.

BIOPSIE : Epithélioma malpighien.

TRAITEMENT ET ÉVOLUTION DE LA MALADIE :

21 Janvier : Application de radium : 12 aiguilles de 2 mg., jusqu'au 28 janvier.

4 Mars : Cicatrisation presque complète, brûlure de la muqueuse (comme 20 sous) en voie de guérison.

4 Juillet : Intervention chirurgicale : évidemment ganglionnaire sous-maxillaire.

5 Août : Cicatrice un peu épaisse et infiltrée.

14 Décembre : Apparition d'une adénopathie jugulaire et sous-angulo-maxillaire de consistance néoplasique, à la limite de l'exérèse chirurgicale faite précédemment.

4 Janvier 1940 : Röntgentherapie cervicale droite et gauche.

13 Janvier : Peau très rouge, arrêt du traitement.

22 Février : Cicatrisation presque complète.

18 Mai : Cicatrice opératoire toujours un peu indurée. Infiltration profonde de la moitié gauche du cou, région retro-angulo-maxillaire.

13 Août : Empâtement sous-angulo-maxillaire droit. Radiothérapie cervicale postéro-latérale droite et gauche.

Octobre : Infiltration diffuse de la cicatrice, n'augmentant pas de volume.

Novembre : Même état.

Décembre : L'infiltration a plutôt diminué.



Avril 1941 : Infiltration dure et ligneuse de toute la moitié gauche du cou, de la mastoïde à la région hyoïdienne. La moitié droite du cou est souple. La bouche reste cicatrisée. Traitement radiothérapique.

Mar¹ 1943 : Décès par suite de l'extension des lésions.

OBSERVATION N° 3

1937. N° 352. — Monsieur R..., 58 ans

Entre en août 1937 pour tumeur du sillon pelvi-lingual évoluant depuis 3 mois. Elle occupe toute la moitié droite du plancher, dépassant la ligne médiane à gauche et entre au contact du maxillaire.

Au niveau du canal de Wharton, qui est méconnaissable, on note une ulcération à bords surélevés. Petite adénopathie sous-maxillaire.

BIOPSIE : Epithélioma spino-cellulaire

TRAITEMENT ET ÉVOLUTION DE LA MALADIE :

1^{er} Septembre : Application de radium par collier de nidrose, pendant 15 jours.

Octobre : Aiguillage de la région infiltrée.

Janvier 1938 : Etat général amélioré, le malade a grossi de 10 kg., mais persistance de l'adénopathie.

Février 1939 : Cicatrisation maintenue.

Avril : Apparition d'une grosse adénopathie carotidienne gauche.

Juin : Intervention chirurgicale ; évidemment ganglionnaire cervicale gauche et application de radium.

Septembre : Plaie incomplètement cicatrisée ; fistules infiltrant le derme de la région sous-maxillaire.

Novembre : Décès par aggravation du mal.

OBSERVATION N° 4

1936. N° 468. — Monsieur R..., 56 ans.

Entre au C. A. C. le 17 octobre pour une nouvelle récurrence d'un cancer du sillon pelvi-lingual. Auparavant : Première intervention en 1935, puis en mai 1936 pour une première récurrence.

Actuellement : la tumeur, ulcéreuse et végétante, atteint presque



le sillon gingivo-labial en avant, la moitié inférieure de la langue en arrière, infiltrant le plancher, à droite et à gauche jusqu'à la première prémolaire.

Pas d'adénopathie perceptible en dehors d'un petit ganglion sous-maxillaire droit et gauche, comme un noyau d'olive.

BIOPSIE : Epithélioma spino-cellulaire

TRAITEMENT ET ÉVOLUTION DE LA MALADIE :

37 Octobre 1936 : Radiumpuncture.

16 Décembre : Application de radium par collier de nidrose.

Avril 1937 : Le plancher et la langue paraissent guéris. L'état général s'améliore.

Juin : La guérison paraît complète. plus de douleurs. Seule la face inférieure de la langue, sur une surface de 2,5 cm de diamètre n'est pas recouverte d'une muqueuse normale. Pas de ganglions perceptibles. Bon état général, parole intelligible, le malade a repris son service dans la police.

Décembre 1942 : Guérison maintenue, le sujet travaille.



OBSERVATION N° 5

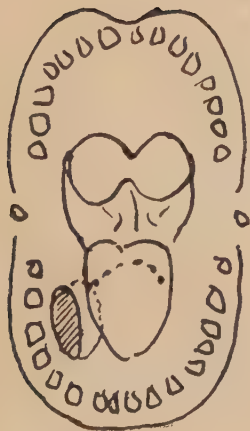
1946. N° 234. — Monsieur B..., 54 ans

Mai : Ulcération pelvi-linguale droite de d4 à d7 avec infiltration de la base de la langue. Grosse adénopathie sous-maxillaire avec peri-adénite.

BIOPSIE : Epithélioma spino-cellulaire

Juin : Radiumpuncture et applications par colliers de nidrose cervical bilatéral.

Septembre : Décès des progrès du mal.



OBSERVATION N° 6

1936. N° 409. — Monsieur C..., 72 ans.



Septembre : Epithélioma spino-cellulaire pelvi-lingual droit avec violentes névralgies faciales de type inférieur. Le malade quitte le service sur sa demande avant le traitement.

Janvier 1937 : Retour du malade : ulcération pelvi-linguale droite allant de d5 au pilier antérieur de l'amygdale. Induration profonde de l'hémi-langue correspondante se prolongeant jusqu'au sillon glosso-épiglottique exclus. Pas d'adénopathie perceptible. Radiumpuncture de la lésion.

Mars 1937 : Décès des progrès du Mal.

OBSERVATION N° 7

1937. N° 118. — Monsieur S..., 61 ans



Mars : Lésion indurée au niveau des canaux de Wharton infiltrant tout le plancher. Pas d'adénopathie perceptible. Le malade aurait eu, il y a un an, une lésion inflammatoire du plancher, disparue sans soins.

BIOPSIE : Epithélioma baso-cellulaire.

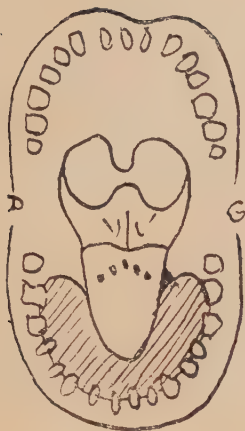
Avril-Juin : Curiethérapie par appareil de nidrose : cicatrisation complète, bon état général.

Juillet : Langue en partie fixée au plancher, masse comme une noix en regard de l'emplacement de g1 à g4.

Février 1938 : Décès des progrès du mal.

OBSERVATION N° 8

1938. N° 65. — Monsieur M..., 67 ans



Février 1938 : Lésion de tout le fer-à-cheval pelvi-lingual, atteignant la face inférieure de la langue et le maxillaire. Infiltration profonde de toute la région sus-hyoïdienne. Pas d'adénopathie perceptible. Toutes les dents, de d5 à g5, mobiles, doivent être extraites.

BIOPSIE : Epithélioma spino-cellulaire

Radiumpuncture de la lésion.

Mars. : Décès par œdème de la glotte.

OBSERVATION N° 9

1939. N° 34. — Monsieur A..., 43 ans.



Le malade aurait été blessé par un appareil de prothèse dentaire. Après électro-coagulation début janvier 1939, il entre au C. A. C.

Janvier : Ulcération de tout le sillon pelvi-lingual, au contact du maxillaire de d1 à g4. Petite adénopathie sous-maxillaire droite. Régions cervicales déformées par des masses fibro-lipomateuses existant depuis une vingtaine d'années.

BIOPSIE : Epithélioma spino-cellulaire

Février : Radiompuncture.

Mars : Radiothérapie cervicale droite et gauche.

Juillet : Décès de l'évolution des lésions.

OBSERVATION N° 10

1940. N° 134. — Monsieur B..., 55 ans.



Apparition en février d'une petite tumeur pelvi-linguale sous appareil dentaire en place depuis deux ans.

Mars : La tumeur ressemble à une deuxième langue au-dessous de la première à peu près intacte. Elle s'étend de l'emplacement de d3 à celui de g5 (le malade est édenté).

Radiumpuncture.

Avril : Fonte à peu près complète de la tumeur. Cicatrisation en bonne voie, plancher encore un peu dur. Etat général excellent, le malade avale mieux. Malade perdu de vue.

Ces observations illustrent bien ce que nous avons dit, au cours de ce travail sur l'entité anatomique et clinique du cancer pelvi-lingual (sauf peut-être dans la phase terminale de son évolution où il est très difficile de poser un diagnostic précis de la lésion initiale, sur son siège lingual ou pelvi-lingual).

Nous n'avons pu que constater également la relative impuissance des diverses méthodes thérapeutiques, malgré les améliorations fréquentes observées de l'état général des malades ou, localement au niveau de leurs lésions.

Il nous est difficile de tirer une conclusion pratique de la guérison de l'un de nos cancéreux, il peut s'agir d'une guérison apparente, car, c'est un fait connu, que des cancers opérés peuvent récidiver au bout de quelques années.

Même en supposant notre sujet comme guéri par le traitement entrepris, comment expliquer les résultats si différents obtenus sur d'autres malades porteurs de lésions analogues ?

Cela vient renforcer notre opinion que le terrain sur lequel se développe le cancer est d'une importance primordiale. Si donc une partie de nos efforts doit être réservée à la mise au point des techniques actuelles (nous pensons là surtout à la curiethérapie et aux rayons X) la plus grande partie de ceux-ci doit tendre vers une étude minutieuse des dysfonctionnements organiques qui accompagnent l'apparition des cancers. L'incapacité inhérente aux méthodes chirurgicales et, dans une certaine mesure à la physiothérapie et l'électro-coagulation, ne trouve pas tellement son origine dans leur application, mais dans le but même de leur utilisation.

Nous pourrions, en effet, essayer de supprimer la tumeur en l'enlevant, d'extirper les ganglions suspects de cancérisation, d'enrayer la propagation de la néoplasie aux régions anatomiques voisines ou lointaines, mais en agissant de la sorte nous ne pourrions

atteindre et surmonter que les manifestations cliniques du processus cancéreux, non leur origine.

La thérapeutique médicale, seule ou associée aux autres méthodes déjà connues, paraît à ce point de vue susceptible du plus grand avenir dans le traitement des cancers, mais aujourd'hui elle est encore à l'état embryonnaire de recherches.

Le hasard qui, dit-on, présida parfois à la naissance des plus grandes découvertes ne se renouvellera dans ce domaine que dans la mesure où de nombreux, patients et savants chercheurs sauront le faire naître.

VII. — CONCLUSIONS

1° Région constituant le toit muqueux du plancher de la bouche dont l'entité anatomique méritait d'être isolée du point de vue clinique, le sillon pelvi-lingual se trouve être le siège fréquent de cancers épithéliaux.

2° Ces cancers, différents de ceux de la langue ou du maxillaire inférieur, ont une individualité bien marquée du fait de leur envahissement précoce en profondeur des espaces cellulaires du plancher buccal, et de leur vitesse de diffusion.

3° Leur siège et leurs rapports en expliquent l'évolution et l'extrême gravité.

4° Toutes les thérapeutiques actuellement mises en œuvre, séparément ou conjointement, se révèlent comme étant le plus souvent insuffisantes, gagnées de vitesse par l'évolution néoplasique. Le seul espoir peut actuellement venir d'un diagnostic précoce et d'une rapidité de décision thérapeutique.

5° De notre statistique tirée des dossiers du Centre Anti-Cancéreux de Marseille ainsi que de nos observations, il ressort que le cancer du sillon pelvi-lingual est un des cancers de la cavité buccale dont le pronostic est le plus sombre, la mort à brève échéance étant le sort le plus souvent réservé à la quasi totalité des malades atteints de cette redoutable affection.

LU ET APPROUVÉ,
Le Président de Thèse :
P^r CORNIL.

VU ET APPROUVÉ,
Le Doyen :
P^r CORNIL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER N°
Aix, le 2 mai 1947.

Le Recteur :
M. GAU.

BIBLIOGRAPHIE

- ARDISSONE. — Prothèse radifère intra-buccale en curiethérapie (*Thèse Marseille* 1933).
- BAYET. — Traitement de épithéliomas spino-cellulaires de la cavité buccale (*Congrès du cancer, Strasbourg Juillet* 1923).
- DIEULAFÉ. — Traitement de l'épithélioma du plancher de la bouche par le radium (*Revue de Stomatologie* T. XXVII N° 6 1925).
- GELLY. — Contribution à l'étude des cancers du sillon alvéolo-lingual et pelvi-buccaux (*Thèse Paris* 1929).
- GRETHER. — Les appareils moulés intra-buccaux (*Manuel de Curie-thérapie*).
- GRETHER. — Le stomatologiste dans la curiethérapie des cancers de la région buccale (*Sud Médical et Chirurgical, Juillet* 1932).
- IMBERT L. — Cancérologie clinique et pratique.
- IMBERT L. ET R. — Manuel de curiethérapie.
- LACASSAGNE. — Cancers et radiations
- LABORDE SIMONE. — La curiethérapie des cancers (*Masson* 1925).
- LEROUX. — La biopsie dans le diagnostic et le pronostic du cancer (*Journal Médical Français*, 1922).
- MAUREL G. — Chirurgie maxillo-faciale (*Maloine*, 1931).
- MAUREL G. — Traitement des tumeurs malignes des maxillaires (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 22.110. 1939).
- MONOD et ROUX-BERGER. — Cancer de la langue (*Journal de Médecine* N° 26. 1926).
- MORESTIN. — Cure radicale du cancer de la langue (*Journal de Chirurgie, Septembre* 1926).
- OMNÈS H. — Cancer de la langue et de la cavité buccale. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 22.063. 1939).
- PICAMAL. — Epithéliomas du maxillaire inférieur (*Thèse Marseille* 1936).
- PATEL et CREYSSSEL. — Traité d'anatomie chirurgicale.
- PONT. — Etats pré-cancéreux en stomatologie (*Odontobgie* N° 6 1926)
- REGAUD. — Epithéliomas de la cavité buccale. Leur traitement par le radium et les rayons X (*Revue de Stomatologie, Sept.* 1932).
- ROUX-BERGER. — Traitement des épithéliomas de la langue (*Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie* 1927).
- RUPPE Ch. — Pathologie de la bouche (*Baillière* 1931).
- STEFANI. — L'électro-coagulation des cancers. Notions de diathermo-coagulation chirurgicale.
- TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie,

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'ins'truction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

